

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 80 — São Paulo, Brasil

VOL. XXII

SETEMBRO DE 1960

N.º 3

Sumário:

	Pág.
<i>Apendicites</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO . . .	35
<i>Gênese formal do adamantinoma</i> — Prof. CARMO LORDY	39
<i>Adamantinoma</i> — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO . .	41
<i>Sociedade Médica São Lucas</i> — Relação dos tra- balhos apresentados durante o ano de 1959 . .	44
<i>Afecções do Intestino Delgado</i> em 39 022 doen- tes internados no Sanatório São Lucas	47



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de

"ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editado sob a direção do

DR. CLODOMIRO PEREIRA DA SILVA

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

+

Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 80, Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil



DIRETORIA — EXERCÍCIO de 1960/1961

Presidente

DR. PAULO G. BRESSAN

Vice-Presidente

DR. ENRICO RICCO

Primeiro Secretário

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário

DR. JOSÉ SALDANHA FARIA

Primeiro Tesoureiro

DR. LUIS BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro

DR. CESÁRIO TAVARES

Bibliotecário

DR. MOACYR BOSCARDIN

Conselho Consultivo:

DR. WALDEMAR MACHADO

DR. ADALBERTO LEITE FERRAZ

DR. ROBERTO DELUCA

DR. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

DR. NELSON CAMPANILE

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

FUNDAÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XXII

SETEMBRO DE 1960

N.º 3

Apendicites(*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Vamos falar hoje sobre um tema dos mais triviais da cirurgia: "Apendicites". Estão internados no Sanatório São Lucas 2 casos de apendicite aguda, que, por necessidade das condições locais, foram drenados e vão se arrastando nos seus curativos, até que a infecção seja completamente vencida. Essa ocorrência faz-nos lembrar aquele apêlo feito recentemente pelo prof. Oscar Ivanissevich, de Buenos Aires, a respeito do diagnóstico precoce da apendicite aguda. O conhecido cirurgião argentino vem batalhando pela divulgação do estabelecimento de uma conduta agressiva imediata, diante de um síndrome mínimo que a moléstia apresenta e pode orientar o cirurgião. Acentua o prof. Oscar Ivanissevich que, a poucos anos atrás, mesmo já na era dos antibióticos, morriam no Mundo cerca de 100 000 pessoas anualmente em consequência de apendicite aguda. Sabemos quanto a introdução de antibióticos veio auxiliar a cirurgia, no tratamento desse tipo de doença, diminuindo consideravelmente os óbitos posoperatórios.

Entretanto, se tecnicamente foi conseguida uma melhoria notável dos resultados, persistem ainda numerosas mortes ocasionadas pela apendicite aguda. Daí se infere que esses maus resultados não dependem da técnica cirúrgica nem dos recursos medicamentosos ao nosso dispor para vencer a infecção, mas, sim, de um diagnóstico não devidamente estabelecido em tempo hábil. É por isso que êle acentua a necessidade de se tomar uma decisão pronta desde que esteja presente o que chama de síndrome mínimo da apendicite aguda.

Que é que êle chama de síndrome mínimo na apendicite aguda?: apenas manifestações dolorosas. Não é só a dor espontânea. Esta

(*) Palavras: proferidas em reunião do Corpo Médico em 18 de agosto de 1960.

— todos sabem — pode manifestar-se na apendicite aguda de uma maneira mais ou menos enganosa, porquanto são freqüentes os casos em que ela se manifesta ao nível do epigástrio, dando-nos uma possível desorientação diagnóstica nos primeiros momentos da crise, mas horas depois essa dor se desloca e se localiza na fossa ilíaca direita e, então, pode-se com mais segurança fazer o diagnóstico de apendicite aguda.

Em geral tôda a vez que temos uma crise dolorosa abdominal, que se manifesta abruptamente ao nível do epigástrio e que depois se localiza na fossa ilíaca direita, pode se ter quase a certeza de se estar diante de um caso de apendicite aguda. Deve ser levado em conta, porém, na diferenciação do juízo crítico, a ocorrência das úlceras perfuradas do duodeno ou do estômago, porquanto elas também dão um síndrome que se manifesta pela dor violenta ao nível do epigástrio e que depois, com o correr das horas, pode também produzir uma acentuação da reação dolorosa ao nível da fossa ilíaca direita. Na úlcera perfurada geralmente os dados anamnéticos acusam um estado anterior de sofrimento gástrico; também geralmente a dor é muito mais violenta do que aquela que se verifica na apendicite aguda. É a dor em punhalada, sinal que nos tira a idéia do processo apendicular. Vendo-se o doente tardiamente, encontra-se uma reação bastante intensa ao nível da fossa ilíaca direita. Tal localização baixa ao fim de algumas horas é determinada pela irritação do peritônio ao nível do apêndice, provocando uma periaapendicite, como várias vezes temos tido a ocasião de verificar histologicamente em portadores de crise de perfuração da úlcera.

Por outro lado, a dor provocada é uma dor que se acentua ao ser palpo o abdomen. Por esse motivo, uma palpação cuidadosa pode ser localizadora do processo. Muitas vezes essa dor, mesmo na apendicite aguda, não é acompanhada de uma defesa muscular, mas é uma dor bem acentuada e pode ser devidamente localizada. Outras vezes temos, na apendicite aguda, a dor simétrica, a qual é provocada pela palpação na fossa ilíaca esquerda, determinando o aparecimento da dor na fossa ilíaca direita. Isso quer dizer que uma compressão das vísceras pode dar o aparecimento de dor a distância, no local afetado.

Há, naturalmente, uma infinidade de sinais clínicos e propedêuticos que nos conduzem à confirmação do diagnóstico. O que Oscar Ivanisievich acentua é que se existe dor expotânea desse tipo e se o exame somático permite evidenciar uma dor provocada no sítio do apêndice, principalmente se tal dor se acentua à descompressão do abdomen, pode-se então firmar o diagnóstico e indicar o tratamento cirúrgico imediato. Nunca se sabe, ao início de uma crise, a evolução que pode ter; portanto, a indicação cirúrgica, mesmo dentro desse síndrome mínimo, é impositiva. Nesses casos, podem ocorrer alguns sinais associados, como a febre, que por vezes aparece nas crises apendiculares agudas. Não é, entretanto, um elemento essencial.

Já temos tido casos de apêndice gangrenado em que não havia um décimo de grau de aumento da temperatura. E num desses casos de apendicite agora aqui internados, não havia febre durante as horas que antecederam ao ato cirúrgico, não obstante haver uma necrose da parte central do apêndice. Podemos salientar que, não só neste caso como em muitos outros, não observamos a acetonúria, que muitas vezes é um dos sinais alertadores da crise aguda apendicular. Por outro lado, já temos tido casos de apendicite aguda com temperatura a 39° centígrados ou mesmo acima dessa marca. Certa vez, ao examinarmos com distinto clínico desta Capital, um caso de abdomen agudo, êle se opunha ao diagnóstico de apendicite aguda pelo fato de que o paciente tinha 39° de temperatura; entretanto, a dor local era tão nítida que não tivemos relutância em mandar o doente de urgência para a mesa operatória e nessa mesma noite encontramos um apêndice muitíssimo inflamado. Assim, a temperatura, bem como os elementos que o exame hematológico pode-nos fornecer, nem sempre nos dão uma segurança para a confirmação do diagnóstico de apendicite aguda, e não servem de base para a orientação do clínico.

Outro problema da apendicite é o problema da apendicite crônica. Em reunião recente da Regional de Dracena da Associação Paulista de Medicina, de que participamos, foi levantada a questão, por um dos colegas presentes, da existência ou não da apendicite crônica e nesse sentido fomos solicitado a externar nossa opinião. Tinha havido naquela região uma disputa entre os colegas a respeito das indicações operatórias sob o diagnóstico de apendicite crônica, alguns dizendo que elas não se justificavam e outros achando justificáveis. Duvidavam alguns da existência da apendicite crônica.

Na resposta que podemos dar a essa questão, lembramo-nos de um trabalho do prof. Ricardo Meyer feito na Faculdade de Medicina de São Paulo, de que resultou uma classificação do processo apendicular crônico pela espessura das paredes do apêndice, condicionada a uma reação maior ou menor do processo inflamatório, histologicamente comprovado. Lembramos também um trabalho italiano, em que o autor, apreciando, do ponto de vista anátomo-patológico, a questão da existência da apendicite crônica, chegou a criar uma denominação para aqueles casos que foram operados sem que o doente tivesse tido a menor crise aguda de apendicite mas apenas referia ligeira dor na fossa ilíaca direita. O nome proposto foi "apendicite crônica ab-início", o que quer dizer: apendicite que já é crônica desde o início, visto que as manifestações patológicas que se observam nesses apêndices não são precedidas por crises agudas, mas elas se estabelecem paulatinamente e vão constituindo os elementos que podem permitir o diagnóstico de uma apendicite crônica. Diante desses fatos de natureza orgânica, podemos concluir que a apendicite crônica existe, mas recordamos naquela oportunidade o conceito de que nem sempre a dor da fossa ilíaca direita depende da existência de apendicite crônica. De fato, temos encontrado em

grande número de casos, em operação em mulheres e em moças que apresentam dor localizada na fossa ilíaca direita, a existência de uma ciste lútea persistente, que, pelo seu pêso, pela sua mobilidade, pelas torções que pode produzir no ovário, é capaz de determinar o aparecimento da sintomatologia dolorosa. Em muitos casos, o exame histológico do apêndice retirado mostra um apêndice completamente normal. Com retirada da ciste, observa-se o desaparecimento da dor e isso nos autoriza a dizer que é a ciste do ovário que estava determinando a sintomatologia.

Ao encarar o problema da dor localizada na fossa ilíaca direita, temos que eliminar outros elementos que possam estar em jogo. Muitos acusam processos inflamatórios do próprio tubo intestinal e lesões do aparelho urinário como responsáveis diante de um errôneo diagnóstico de apendicite crônica.

Demos também o nosso parecer a respeito não só das apendicopatias verdadeiras, encontradas em várias emergências, como também das contingências clínicas denominadas apendicalgias, em que pode haver apêndices dolorosos sem que nós encontremos sinais de inflamação, mas apenas, na luz, a presença do coprolitos ou de vermes.

Sabemos que o apêndice provém da última porção do intestino grosso, o qual na sua descida evolutiva do hipocôndrio direito para a fossa ilíaca pode deixar o apêndice preso por bridas em situação anômala e, assim, às vezes vamos encontrar um apêndice subhepático um ceco invertido, um apêndice retocecal. Em tôdas essas anomalias pode ocorrer o aparecimento de dores por causa da situação fixa do apêndice, pois as contrações normais do órgão podem provocar dores mesmo quando não apresenta a menor manifestação orgânica de lesão crônica.

Esses fatos todos tivemos oportunidade de recordar naquela região de Dracena e nos pareceu interessante repeti-los aqui, ao abordar a questão sempre atual das apendicites.

Gênese formal do adamantinoma(*)

Prof. CARMO LORDY

(Anatomopatologista do Sanatório São Lucas)

O adamantinoma ou ameloblastoma, oriundo de elementos do órgão do esmalte, é um dos exemplos mais demonstrativos do desenvolvimento de um tumor á custa da proliferação de resíduos embrionários, de conformidade com a teoria de Cohnheim. Naturalmente, a respectiva relação etiológica só ficará elucidada mediante alguns dados fornecidos pela Embriologia. Durante o 2.º mes de vida embrionária, logo atrás e paralelamente ao sulco labial, o ectoderma prolifera em meio do mesenquima sob forma de uma lâmina epitelial, chamada *crista dentária*, constituída por células cilíndricas e correspondentes ao estrato mais profundo do ectoderma. Posteriormente, na face labial do bordo livre da crista dentária se desenvolvem saliências, em número de 10 para cada arcada, as quais, depois de um curto trajeto qual um pedúnculo, ampliando-se adquirem o formato de coifa e mais tarde de sino (órgão do esmalte), pelo fato das *papilas dentárias*, de origem mesenquimal, ficarem incluídas na sua superfície côncava. Em torno de cada esboço dentário, o mesenquima se diferencia para formar mais tarde o *saco dentário*, inicialmente interrompido ao nível do pedúnculo do órgão do esmalte. Tornar-se-á um invólucro completamente fechado, quando, em seguida, o pedúnculo de cada órgão de esmalte ficar resolvido em ilhotas epiteliais sujeitas à involução. O mesmo destino está reservado à crista dentária nos intervalos entre um pedúnculo e outro. Antes, porém, que tal processo se efetue, vai se esboçando o desenvolvimento dos futuros dentes de substituição, isto é, incisivos, caninos e premolares á custa da proliferação da crista dentária no ponto de emergência dos pedúnculos dos órgãos de esmalte, porém do lado lingual. No desenvolvimento dos dentes de substituição, repetem-se os mesmos processos da 1.ª dentição.

O órgão do esmalte, quando evoluído, é formado por uma *lâmina epitelial externa*, composta por uma única camada de células cúbicas, em continuação com uma *lâmina epitelial interna*, diretamente relacionada com a superfície da papila dentária. É constituída por elementos celulares altos, prismáticos, chamados adamantoblastos ou ameloblastos. O espaço entre as duas lâminas epiteliais é preenchido pela *polpa do esmalte*, tecido de natureza epitelial, porém com aspecto mesenquimatososo.

Comentários feitos perante o Corpo Médico do Sanatório São Lucas em 26 de fevereiro de 1959.

A papila dentária, por sua vez, é na sua superfície revestida por células bem altas, cilíndricas, próximas umas das outras, com aspecto epitelial, embora de origem mesenquimal, células conhecidas com o nome de *odontoblastos* e que irão formar a *dentina*, a qual mais tarde se estende em toda a periferia da papila.

Os processos que acabam de ser descritos se iniciam na coroa do dente, para em seguida se propagarem até a raiz, a qual é igualmente modelada pelo órgão do esmalte. À medida que a papila dentária se alonga na sua porção basal, também se aprofunda o órgão do esmalte com seu bordo, na qual as 2 lâminas epiteliais interna e externa se continuam uma com a outra. Por esse modo, forma-se um manguito epitelial, que cresce conjuntamente com a papila até o ápice da futura raiz. Por sua vez, o saco dentário já está diferenciado num estrato externo, que se continua com o mesenquima ambiente e em outro interno, o qual mais tarde funcionará como periosteio, fornecendo o cimento da raiz do dente. Esse mesmo estrato interno acaba fragmentado o manguito epitelial, reduzindo-o a corpúsculos (*ninhos epiteliais de Malasses*), destinados à atrofia. Alguns deles podem, entretanto, persistir na espessura do periosteio alveolar, dando eventualmente origem ao desenvolvimento de um adamantinoma num futuro próximo ou remoto. O mesmo destino regressivo terão todos os elementos do órgão do esmalte, excessão feita apenas da lâmina epitelial interna, cujas células altas e estreitas, os adamantoblastos, depois de modelarem a forma e o tamanho do dente irão produzir o tecido mais resistente do corpo, que é o esmalte.

Do já acima exposto, é lícito inferir que restos embrionários, como os corpúsculos ou ninhos de Malassés, possam dar origem a um tumor, no caso ao adamantinoma. Além de outros muitos exemplos, que viriam corroborar a importância da teoria do Conhnheim, é útil também aludir à eventualidade do desenvolvimento de um carcinoma á custa da persistência do pedúnculo da bolsa de Rathke, que deriva do mesmo ectoderma do estomodeo ou boca primitiva.

O adamantinoma é um tumor raro, sólido, geralmente mole, às vezes cístico, que se desenvolve de preferência na espessura da mandíbula, crescendo vagarosamente e alcançando o tamanho até da cabeça de feto. Raramente faz saliência à margem da gengiva, sob forma poliposa.

Seu crescimento é destrutivo local. Aparece em todas as idades, mais frequentemente entre 30 a 50 anos.

Quanto á sua estrutura, relembra seguido o desenvolvimento do órgão do esmalte, formações epiteliais às vezes unidas em rede, tendo uma camada basal constituída por células cilíndricas, aplicadas diretamente ao estroma conjuntivo mais ou menos abundante.

A essa camada basal seguem-se diversas fileiras de células poligonais, apresentando no centro um epitélío de elementos estrelados. Da degeneração hidrópica dessas células centrais resulta a formação de cistos, que por serem às vezes grandes e numerosos dão a impressão de cistoma multilocular da mandíbula.

Adamantinoma (*)

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

Em sua magnífica exposição sobre a gênese do adamantinoma o Prof. Carmo Lordy referiu 2 casos que haviam sido por nós observados e por ele diagnosticados em 1931.

O primeiro desses casos, refere-se a F. C. de 15 anos, sexo feminino, solteira, brasileira, normalista, residente em Piracicaba. A sua história resumia-se no seguinte: Há mais ou menos 5 anos, um dentista lhe tirou o 1.º pré-molar superior direito, por haver entumescimento no maxilar superior, pensando que essa tumoração fôsse causada pelo dente, mas o mesmo se achava em bom estado; então incisou o tumor e a enferma não sabe o que dêle saiu nessa pequena intervenção. Entretanto, o maxilar continuou entumecido e a 4 anos um médico de Piracicaba fez nova operação dizendo que tirara uma ciste. Essa intervenção foi feita sob infiltração local de anestésico e a paciente ficou dois meses em curativos. O tumor diminuiu de volume, mas logo começou a crescer e ultimamente teve um desenvolvimento mais rápido. Às vezes provocava dor por dentro do nariz, mas localmente não havia dor nem mau cheiro, nem sinais outros de sinusite. Tratava-se de um tumor indolor, subcutâneo, em pleno maxilar superior direito, limitado, fazendo saliência no vestíbulo da boca, onde havia circulação colateral bem desenvolvida. Verificamos que o canino superior direito ainda era o canino de leite da primeira dentição. As radiografias desse caso nos mostravam claramente a existência de um dente incluso, tanto na projeção lateral como na frontal, aparecendo êle em conexão com a formação tumoral.

No dia 8 de janeiro de 1931, fizemos uma intervenção sob anestesia local com novocaina, auxiliado pelo Dr. Vicente Torregrossa, hoje conceituado cirurgião em Campinas. Foi extraída uma ciste com a respectiva cápsula, tendo-se notado um pequeno orifício na parede superior da cavidade residual, por onde se via a mucosa do seio maxilar direito, que estava bombeada para dentro. Havia um canino heterotópico completamente encravado na parte interna do maxilar

(*) Casos apresentados na reunião do Corpo Médico do Sanatório São Lucas realizada em 5 de março de 1959.

superior, sendo libertado a golpes de formão. A paciente teve alta em boas condições, não totalmente recuperada da sua deformidade da face, porque ainda resultou um certo intumescimento correspondente ao maxilar superior direito. A peça cirúrgica foi enviada ao Prof. Carmo Lordy que diagnosticou adamantinoma.

É curioso observar-se que no mesmo ano de 1931 tivemos a oportunidade de encontrar outro caso, também de adamantinoma e desde aquela época até agora, em nosso Serviço, não se registrou mais nenhum caso.

Esse segundo caso refere-se a J. D., sexo masculino, de 34 anos, casado, brasileiro, residente no alto do Pará, nesta Capital; era cancelheiro da S.P.R. e foi operado no Sanatório Santa Catarina no dia 28/12/1931. O paciente havia notado, a um ano e meio atrás, uma pequena tumoração no maxilar superior direito, que veio aumentando vagarosamente sem doer e sem incomodar. Nunca tivera dores de dentes; perdeu alguns dentes, aos pedaços, sem dor, por cáries dentárias e nunca tinha ido ao dentista. Perdeu quase todos os dentes do maxilar superior esquerdo; no lado direito tem os incisivos, o canino, o 2.º pequeno molar e 2.º grande molar e raízes do 1.º pequeno molar e 1.º grande molar. Em baixo há várias falhas de dentes. Havia um tumor visível exteriormente, e no vestibulo da boca ele fazia saliência, vendo-se por transparência um conteúdo ligeiramente escuro; havia flutuação ao nível do tumor, tal a delgadez da parede na gengiva vestibular. Era indolor ao toque.

A operação foi realizada naquele dia tendo como assistente o Dr. Darwin Araújo conceituado dentista nesta Capital. Infiltração local de tutocaina 1/2%. Foi feita um incisão no sulco labiogengival, perfurando-se a ciste, o que deu saída a líquido fluído amarelado com pequenos grumos. Foi feita extração do 2.º pequeno molar e raízes do 1.º pequeno e grande molar, que se achava com o ápice destruído. Excisão da cápsula da ciste, que se descolou facilmente; foi colocada gaze iodoformada na cavidade que serviu também para facilitar a drenagem. Evolução normal, sem maiores acidentes. A peça cirúrgica foi enviada ao Prof. Carmo Lordy e o diagnóstico de adamantinoma foi também positivado. Nas radiografias dentárias verificamos a existência de enorme ciste, afastando as raízes dos dentes incisivos e caninos; uma chapa da face também demonstra a existência de tumoração do maxilar superior direito.

Cumprе notar que justamente nestes 2 casos tivemos a ocasião de observar que o tumor se assestava no maxilar superior, o que é uma raridade, pois cerca de 80% dos casos se assestam na mandíbula, já que os adamantinomas têm sua sede de preferência na mandíbula. É digno de nota assinalar que embora eles tenham um desenvolvimento que às vezes atinge o tamanho da cabeça de uma criança, são tumores benignos, porquanto eles não dão metastases; podem dar uma deformação da face, são destrutivos em geral, mas não são de prognóstico mau com relação á vida do seu portador. É curioso

assinalar que em geral se assestam ao nível dos pequenos molares, mas nos nossos casos êles estavam mais próximos da linha mediana decorrentes do canino e do 2.º incisivo. Potosching disse ser afortunado o cirurgião que encontrou um caso em sua vida. Nós somos então duas vêzes afortunados, porque tivemos 2 casos em nossos 35 anos de prática cirúrgica.

Referente ainda à localização, podemos citar dados colhidos por Schlosser, que de 91 casos encontrou 79 no ângulo do maxilar inferior; os demais estavam na arcada superior. Devemos também referir que o tumor em nossos casos não fazia saliência, pelo menos importante, dentro do antro maxilar. No geral os adamantinomas do maxilar superior invadem o antro maxilar e a prova disso são aqueles 3 casos publicados em São Paulo em 1919 pelo nosso prezado colega, dr. Mário Ottoni de Rezende. Ele levou à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, no dia 15 de maio de 1919, 3 casos de adamantinoma do antro maxilar, sendo assim muito mais afortunado do que nós. Sendo êle um especialista em nariz, garganta e ouvidos, teve naturalmente maior oportunidade de ser procurado por doentes portadores dessa rara enfermidade. O dr. Mário Ottoni fez uma longa exposição sobre o assunto, mostrando que as cistes invadiam o antro de Highmore; foram dali extirpadas com as suas cápsulas íntegras e os exames provaram tratar-se de adamantinoma. É curiosa a nomenclatura que êle então usou: adamantino-blastomafollicular. Naturalmente foi êsse o diagnóstico feito pelo anátomo-patologista de que êle se servia. Êsses casos do dr. Mário Ottoni de Rezende foram publicados em nossa revista *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, Vol. X, no mês de outubro de 1919; um resumo dêles também apareceu no *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia*, do mês de maio daquele ano, correspondente à reunião em que foi apresentado o trabalho.

Citando êsses casos da nossa literatura — outros mais talvez existam — completamos a exposição feita pelo prof. Carmo Lordy sobre tão interessante assunto.

SOCIEDADE MÉDICA SÃO LUCAS

Relação dos trabalhos apresentados
durante o ano de 1959

- Dr. Azael S. Leistner — *Tumoração cecal não neoplásica, impondo colectomia ampliada* (comentário sobre 2 casos).
- Dr. Eurico Branco Ribeiro — *Gastrite hipertrófica*.
- Dr. Eurico Branco Ribeiro — *Homenagem aos companheiros com mais de 15 anos de jornada* (entrega de diploma de servidor emérito).
- Dr. Eurico Branco Ribeiro — *Os rumos do Sanatório São Lucas*.
- Dr. Eduardo Pinto de Vasconcelos Filho — *A milagrosa imagem da Virgem de São Lucas*.
- Dr. João Noel von Sonnenleithner — *Homenagem ao Prof. Carmo Lordy no seu jubileu de ouro profissional*.
- Prof. Carmo Lordy — *A contribuição da anatomia patológica*.
- Dr. Jorge Ferreira Machado — *A técnica de Lawrence Long para a cirurgia das hérnias inguinais*.
- Dr. Nelson Rodrigues Neto — *Abdome agudo por periarterite nodosa*.
- Dr. Paulo de Azevedo Antunes — *Pancreatite crônica recidivante*.
- Drs. Paulo Bressan e Moacyr Boscardin — *Ciste do pâncreas*.
- Dr. Jorge Luiz Curutchet — *Varicocele*.
- Dr. Ademar Albano Russi — *130 casos de hiperbilirrubinemia do recém-nascido com e sem incompatibilidade sanguínea materno-fetal tratados pela exangüíneo-transusão*.
- Dr. Gualberto V. de Paula Magalhães — *Banco de Sangue — Aspecto social médico e histórico no Sanatório São Lucas* (histórico e filme).
- Dr. Waldemar Machado — *histerectomias*.
- Dr. Moacyr Boscardin — *Tireoidectomia parcial* (filme).
- Drs. Eurico Branco Ribeiro e José Mendes Arcoverde — *Esplenoptose com pedículo torcido simulando cistoma do ovário*.
- Dr. Fernando Freire de Souza — *O exame clínico no pré-operatório imediato*.
- Dr. Luiz Migliano — *A reação de Migliano para o diagnóstico da sífilis*.
- Dr. A. J. Ribeiro de Camargo — *Hospital São Lucas de Curitiba* (filme).
- Dr. Carlos Alberto Jurgielewicz — *Cesarea postmortem*.
- Dr. João de Moura Brito Filho — *Cirurgia plástica e reparadora da face*.
- Dr. Homero Novo Fornari — *A cirurgia na Santa Casa de Itatiba*.

- Drs. Edison de Oliveira, Nelson M. Celso e Werneck de Lima — *Tumor viloso do reto e sigmoide.*
- Dr. Azael S. Leistner — *Colectomia total e outros tipos de cirurgia ampla na colite ulcerosa inespecífica (experiência pessoal).*
- Dr. Adalberto Leite Ferraz — *Técnica ano-reto-plástica de Granet; seu valor prático no tratamento cirúrgico das hemorroides.*
- Dr. Edison de Oliveira — *Abaixamento do transverso ao anus.*
- Dr. José Ribeiro de Carvalho — *Fistulas reto-vaginais.*
- Dr. José Maria Cabelo Campos — *Alterações radiológicas do antro gástrico.*
- Dr. Jacyr Quadros — *Recursos auxiliares uteis no diagnóstico radiológico das lesões gastro-duodenais.*
- Drs. Roberto Deluca e John Kolb — *Considerações sobre anestesia para operações de estômago.*
- Dr. Nicola Gabriele — *Gastrectomia à Billroth I na úlcera duodenal.*
- Prof. Benedicto Montenegro — *O papel do cirurgião no desenvolvimento da gastroenterologia como especialidade.*
- Dr. Moacyr Boscardin — *Câncer do duodeno.*
- Prof. Homero Silveira — *Medicina e literatura.*
- Dr. Alfredo Rocco — *Medicina de Aviação.*
- Drs. Clemente de Lolo Filho e José Gonzaga Ferreira — *Efeitos do voo sobre o organismo humano.*
- Drs. José Gonzaga F. de Carvalho e Clemente Lolo Filho — *Fisiopatologia do mal das altitudes agudo e crônico.*
- Dr. Adelmo de Souza Leão — *Problemas otorrinolaringológicos em aviação.*
- Dr. Horácio Belfort de Mattos — *Psiquiatria e atividade aérea.*
- Filme da Rhodia — *Parkinsonismo.*
- Dr. Adauto Barbosa Lima — *Indicações da cirurgia com emprêgo do coração pulmão artificial.*
- Dr. Sérgio Paladino — *Aspectos metabólicos da cirurgia cardíaca com emprêgo do coração pulmão artificial.*
- Dr. Pedro Gerêto — *Anestesia na cirurgia extra-corporea.*
- Dr. José dos Santos Perfeito — *Funcionamento do coração pulmão artificial.*
- Dr. Hugo Felipozzi — *Cirurgia do coração e grandes vasos com manutenção da circulação pelo coração pulmão artificial.*
- Dra. Maria Vitória Martin — *Resultados da cirurgia com emprêgo do coração pulmão artificial.*
- Simpósio sobre abdomen agudo:** Prof. José Ramos Junior — Clínica, Prof. Eugênio Mauro — Cirurgia e Dr. Feres Secaf — Radiologia.
- Dr. Diamant Berger — *Varicocele (filme).*
- Simpósio sobre Comas:** Drs. Otávio Lemmi, Antonio José Gebara e Luiz Caetano da Silva — Comentarador Dr. Fernando Freire.
- Dr. Dionísio Klobusitsky — *Tromboelastografia e seu aproveitamento no diagnóstico diferencial das diáteses hemorrágicas.*
- Dr. João Loures — *Cirurgia ginecológica conservadora.*

Dr. J. Edgard Ibarcena — *Gravidez abdominal.*

Dr. Cesário Tavares — *O modernismo de Hipócrates.*

Dr. Afiz Sadi — *Lesões traumáticas de uretra.*

Dr. Geraldo Vicente Azevedo — *Uretrite crônica na mulher.*

Dr. Eduardo Costa Manso — *Caracter da urologia hodierna.*

Dr. Sampaio Goes — *Moléstias funcionais da mama.*

Dr. Pedro Ayres Netto — *Cirurgia do câncer da mama.*

Dr. Cardoso de Almeida — *Anatomopatologia do câncer da mama.*

Dr. Costa Pinto — *Radioterapia do câncer da mama.*

Tumores malignos do ovário: Dr. Arnaldo Delivenere — *Etiopatogenia*; Dr. Waldemar Machado — *Diagnóstico e diagnóstico diferencial*; Dr. Antonio Luisi — *Anatomopatologia*; Dr. Waldemar de Souza Rudge — *Terapêutica.*

Mesa redonda sobre colangiografia venosa: (Sessão em conjunto com o Colégio Brasileiro de Cirurgias) — Drs. José Victor Rosa, Ugo L. Andrade, Heraldo de Oliveira Mello, Walter Bomfim, José Maria Cabelo e Orlando Lobato.

Dr. Raul Ribeiro da Silva — *Menalgia e neuroses ano-retais.*

Prof. Carlos da Silva Lacaz — *Doenças iatrogênicas.*

Dr. Edwin Montenegro — *Estômago e esôfago.*

Tumores ósseos. Dr. Marino Lazareschi — *Cirurgia*; Dr. Renato Araujo Cintra — *Radioterapia*; Dr. Roberto Godoy Moreira — *Comentador.*

Dr. L. E. Puech Leão — *Moléstias vasculares periféricas.*

Dr. Otávio Moraes Dantas — *Moléstias vasculares periféricas.*

Dr. Milton Maretti — *Fisiologia da contração uterina no trabalho de parto.*

Dr. Bussamara Neme — *Terapêutica da distócia da contração — Obstrução intestinal: I Parte* — Dr. Adalberto Leite Ferraz — *Bases anatômicas do tratamento da oclusão intestinal*; Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho — *Fisiopatologia da obstrução intestinal: II Parte* — Drs. Paulo G. Bressan e Waldemar Machado — *Diagnóstico diferencial*; Drs. Moacyr Boscardin e Roberto Deluca — *Tratamento médico e tratamento cirúrgico.*

Dr. Antonio Carlos de Moraes Passos — *Situação atual das aplicações da hipnose em medicina.....*

Dr. Adalberto Leite Ferraz — *Tumores vilosos do intestino.*

Simpósio sobre corticosteroides na medicina: Dr. Luciano Decourt — *Produção e mecanismo de ação dos corticosteroides em geral*; Dr. Arnaldo Sandoval — *Aplicação dos corticosteroides em proctologia.*

Dr. David Serson Neto — *Novas aquisições em cirurgia plástica.*

Afeções do intestino delgado em 39.022 doentes internados no Sanatório São Lucas (1939-1958)

Condições congénitas:

Mesentério comum	8
Atresia	1
Enterocelz	1
Metaplasia da mucosa gástrica	1
	11

Divertículos:

Do duodeno	57
De Meckel	20
Do jejuno	6
	83

Infeções:

Tuberculose	25
Ileite distal	12
Jejunite	1
Periviscerite	7
Mesenterite	1
	46

Fistulas:

Cutâneas	59
Interna	1
Entero-renal	1
Onfalo-mesentérica	1
	62

Úlceras:

Duodenais	3.206
Jejunais posoperatórias	65
	3.271

Câncer:

Duodeno	10
Jejuno e íleo	23
Mesentério	10
	<hr/> 43

Hérnias estranguladas:

Internas	3
De Richter	2
Íngüinais e umbilicais	123
	<hr/> 128

Outras afecções:

Invaginação	9
Estenose cicatricial	4
Íleo biliar	1
Torção do íleo	3
Enfarte do mesentério	6
	<hr/> 23
	<hr/> 3.667

